

ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Занько С.Н., Завистовская Н.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

УЗ «Витебский областной диагностический центр»

При изучении структуры инфекционной патологии по значимости ее роли в развитии плацентарной недостаточности (ПН) выявлено, что ведущее место принадлежит герпетической и цитомегаловирусной (24,4%) инфекциям, а также хламидиозу (17,8%), в то время как при вагинальном кандидозе, бактериальном вагинозе (26,6%), мико-уреаплазмозе (19,8%) ПН развивается достоверно реже (1)

Легкая, малая или даже бессимптомная инфекция у беременной может привести к выраженной ПН, вплоть до гибели плода. Одна из универсальных реакций плода на хроническую плацентарную недостаточность (ХПН) – задержка внутриутробного развития, имеющая множество причин. Следует подчеркнуть, что синдром задержки внутриутробного развития плода любой этиологии всегда сопровождается теми или иными изменениями в плаценте и, несомненно, свидетельствует о ПН.

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) при хронических инфекциях характеризуется эхографическими признаками субкомпенсированной формы, расстройством маточно-плацентарной и фето-плацентарной гемодинамики, нарушением реактивности ССС плода, уменьшением эффективности его регуляторных механизмов, снижением антистрессовой устойчивости. При этом роды часто осложняются, повышается частота абдоминального родоразрешения. Рождению детей с реализацией внутриутробной инфекции (ВУИ) предшествуют наиболее выраженные изменения функционального состояния фетоплацентарной системы (ФПС). У 83,3% имеют место эхографические признаки субкомпенсированной формы, в 16,7% наблюдений – манифестации ВУИ предшествовало декомпенсированное состояние ФПС (2).

Целью исследования явилось изучение особенностей фетоплацентарного кровотока у беременных с манифестированной уреамикоплазменной инфекцией с использованием различных методик УЗ-исследования.

Материалы и методы: Проводилась оценка состояния фетоплацентарного кровотока при ультразвукового (УЗИ) исследовании (шкала Сидоровой И.С., 2000). При УЗИ плаценты оценивается локализация, толщина, площадь, объем материнской поверхности, степень зрелости, кисты, кальцинаты, инфаркты. При ФПН инфекционного генеза возможно преждевременное созревание плаценты с ее истончением или воспалительный отеком.

Вторым параллельным методом была доплерометрия кровотока в сосудах системы мать-плацента-плод (точность метода – 80%). Патологические изменения маточноплацентарного кровотока (МПК) можно выявить уже в 16-19 недель гестации: повышение «угол независимых показателей» в маточной и пуповинных артериях коррелируют с тяжестью ХПН. Наиболее характерными для хронической гипоксии плода изменениями плодово-плацентарного кровотока являются:

- 1) повышение индекса резистентности в артерии пуповины на 35 и более %;
- 2) повышение индекса резистентности в аорте плода на 20-30%;
- 3) отсутствие признаков нарушения мозгового кровообращения плода;
- 4) снижение объемных показателей правого и левого желудочка сердца плода на 20%.

Это характерно для ЗВУР плода I степени. ЗВУР плода II и III степени характеризуется более выраженными изменениями I и 2 показателей и снижением индекса резистентности среднемозговой артерии плода на 20%.

Результаты и обсуждение: В таблице 1 приведены результаты полученные при определении вида ПН по шкале Сидоровой И.С., 2000.

Таблица 1 - Вид плацентарной недостаточности по данным УЗИ

Вид ПН	Инфицированная группа (n=60)		Неинфицированная группа (n=50)	
Без патологии	44	74,6%	48	96%
Компенсированная	18	23,8%	2	4%
Субкомпенсированная	1	1,6%	-	-
Декомпенсированная	-		-	-
Критическая	-		-	-

Допплерометрическое исследование проводилось у 15 инфицированных женщин и 15 беременных контрольной группы в сроки 30-35 недель.

Данные полученные при оценке маточно-плацентарного кровотока при микоплазменной инфекции при использовании доплерометрии приведены в таблице 2.

Таблица 2 - МПК по данным доплерометрии

Допплерометрические показатели	Инфицированная группа		Неинфицированная группа	
Норма	11	72,6%	14	93,4%
ФПН 1А	1	6,6%	-	-
ФПН 1Б	3	19,8%	1	6,6%
ФПН 2	1	6,6%	-	-
ФПН 3	-	-	-	-

Таким образом, приведенные данные со всей очевидностью показывают большую частоту и более тяжелую степень развития ФПН при микоплазменной инфекции. Это указывает на конкретную роль в развитии внутриутробного инфицирования плода и необходимость использования специфической терапии у беременных при подтверждении этого диагноза.

Выводы: Допплерометрическое исследование кровотока в артериальных сосудах в ФПС является более информативным, чем КТГ и определение биофизического профиля плода. Нарушение гемодинамики регистрируется раньше, чем появляются изменения в сердечной деятельности плода, его тонусе, двигательной активности.

1. Использование этих методов позволяет раньше, чем при КТГ ставить диагноз ФПН, а следовательно добиваться большей эффективности при лечении этого контингента беременных.

Литература:

1. Кисина, В. И. Урогенитальные инфекции у женщин / В. И. Кисина, К. И. Забиров. – Москва, МИА – 2005. – 276 с.
2. Кулаков, В. И. Плацентарная недостаточность и инфекция. / В. И. Кулаков, Н. В. Оржоникидзе, В. Л. Тюпонник. – Москва, 2004. – 494 с